

ANNEE 1955

---

N°

---

THESE  
pour le

**452**

DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

par

BARNAUD Marc, Marie, Jean, Alcide  
Externe des Hôpitaux  
Né le 5 Octobre 1926 à Rochefort s/mer

---

Présentée et soutenue publiquement le

---

LES TROUBLES INTESTINAUX DANS LES MALADIES  
DE CROISSANCE

---

Président : Mr le Professeur Marcel FEVRE

---



Nom du Candidat : BARNAUD

Prénoms : Marc, Marie Jean, Alcide

-----

Date de la Soutenance :

N° :

-----

1.

BARNAUD Marc  
Les troubles intestinaux dans les  
maladies de croissance.  
Thèse Med. Paris 1955  
N°  
Dact.in-4°, 43 pages  
Editions AGEMP 1955

2.

BARNAUD Marc  
Les troubles intestinaux dans les  
maladies de croissance.  
Thèse Med. Paris 1955  
N°  
Dact.in-4°, 43 pages  
Editions AGEMP 1955

3.

BARNAUD Marc  
Les troubles intestinaux dans les  
maladies de croissance.  
Thèse Med. Paris 1955  
N°  
Dact.in-4° 43 pages  
Editions AGEMP 1955

4.

BARNAUD Marc  
Les troubles intestinaux dans les  
maladies de croissance.  
Thèse Med. Paris 1955  
N°  
Dact.in-4° 43 pages  
Editions AGEMP 1955



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553822\\_0042](https://archive.org/details/IA41553822_0042)

ANNEE 1955

---

N°

---

T H E S E  
pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E  
(Diplôme d'Etat)

par

B A R N A U D Marc, Marie, Jean, Alcide  
Externe des Hôpitaux  
Né le 5 Octobre 1926 à Rochefort s/mer

---

Présentée et soutenue publiquement le

---

LES TROUBLES INTESTINAUX DANS LES MALADIES  
DE CROISSANCE

---

Président : Mr le Professeur Marcel FEVRE

---



D O Y E N   H O N O R A I R E

M. BAUDOUIN

P R O F E S S E U R S   H O N O R A I R E S

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU  
CHIRAY, CIERC, DELIBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER,  
LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER,  
MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MUION, OLIVIER, (E.), OMBREDANNE,  
SANNIE, SEZARY, TANON.

D O Y E N ..... Léon BINET  
(membre e l'Institut)

A S S E S S E U R ..... Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

|                                                                 |                     |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------|
| ANATOMIE.....                                                   | CORDIER G.          |
| Anatomie pathologique.....                                      | DELARUE A.          |
| Bactériologie.....                                              | GASTINEL P.         |
| Biologie appliquée à l'Education<br>physique et aux sports..... | CHAILLEY-BERT P.    |
| Biologie médicale .....                                         | VERNE J.            |
| Cancérologie médicale et sociale .....                          | HUGUENIN R.         |
| Carcinologie .....                                              | OBERLING C.         |
| Chimie médicale .....                                           | POIHOVSKI M.        |
| ( Hôtel-Dieu .....                                              | BROCK               |
| Cliniques ( Broussais .....                                     | DE GAUDART D'ALLAI- |
| Chirurgicales ( SALPETRIERE .....                               | MONDOR H. (NLS      |
| ( COCHIN .....                                                  | QUENU               |
| Clinique Chirurgicale réparatrice<br>et orthopédique .....      | MERLE D'AUBIGNE     |
| Clinique de cardiologie .....                                   | DONZELOT E.         |

|                                                                                                |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Clinique de Chirurgie infantile et Ortopédie.                                                  | FEVRE M.                    |
| Clinique de Chirurgie Pleuro-pulmonaire.....                                                   | MONOD R.                    |
| Clinique de la Tuberculose .....                                                               | BERNARD E.                  |
| Clinique de Neuro-chirurgie .....                                                              | PETIT DUTAILLIS D.          |
| Clinique de Puériculture .....                                                                 | LELONG M.                   |
| Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques                                                | DEGOS R.                    |
| Clinique des Maladies du Sang .....                                                            | CHEVALLIER P.               |
| Clinique des Maladies du Système Nerveux ...                                                   | ALAJOUANINE T.              |
| Clinique des Maladies d'Enfant .....                                                           | DEBRE R.                    |
| Clinique des Maladies Infectieuses .....                                                       | MOLLARET P.                 |
| Clinique des Maladies Mentales et de<br>l'Encéphale .                                          | DELAY J.                    |
| Clinique du Diabète sucré et des Maladies de<br>la nutrition .....                             | BOULIN R.                   |
| Clinique Gynécologique .....                                                                   | FUNCK BRENTANO P.           |
| ( Hôtel (Dieu .....                                                                            | BENARD H.                   |
| Cliniques Médicales...( Bichat .....                                                           | LAROCHE G.                  |
| ( Cochin .....                                                                                 | MOREAU R.                   |
| ( Broussais .....                                                                              | DE GENNES L.                |
| Clinique Médicale d'Hydro-climatologie<br>Thérapeutique .....                                  | JUSTIN-BESANCON L.          |
| Clinique Médicale Propédeutique .....                                                          | PASTEUR VALIERY<br>RADOT L. |
| ( Tarnier .....                                                                                | LANTUEJOUL P.               |
| Cliniques Obstétricales Baudeloque .....                                                       | LEVY SOLAL E.               |
| ( PORT-Royal .....                                                                             | LACOMME M.                  |
| Clinique Ophtalmologique .....                                                                 | VELTER E.                   |
| Clinique Oto-Rhino-Laryngologique .....                                                        | AUBIN A.                    |
| Clinique Physio-Pathologique des Problèmes<br>Alimentaires<br>( Chaire à titre personnel ) ... | RICHET C.                   |
| Clinique Psychiatrique Infantile.....                                                          | HEUYER C.                   |
| Clinique Rhumatologique et sociale .....                                                       | COSTE F.                    |
| Clinique Stomatologique .....                                                                  | DECHAUME M.                 |
| Clinique Thérapeutique Chirurgicale .....                                                      | SENEQUE J.                  |
| Clinique Thérapeutique Médicale .....                                                          | IEMAIRE A.                  |
| Clinique Urologique .....                                                                      | FEY B.                      |
| Embryologie .....                                                                              | GIROUD A.                   |
| Génétique .....                                                                                | LAMY M.                     |
| Histoire de la Médecine et de la Chirurgie ..                                                  | MOUQUIN M.                  |
| Histologie .....                                                                               | CHAMPY C.                   |
| Hygiène et Clinique de la Première Enfance ..                                                  | CATHALA J.                  |
| Hygiène et Médecine Préventive.....                                                            | JOANNON C.                  |
| Médecine du Travail .....                                                                      | DESOILLE H.                 |
| Médecine légale .....                                                                          | PLEDELEVRE R.               |
| Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale.                                                  | GALLIARD H.                 |
| Pathologie Chirurgicale .....                                                                  | N.....                      |
| Pathologie Exotique .....                                                                      | LAVIER G.                   |
| Pathologie Expérimentale et Comparée .....                                                     | LENEGRE                     |
| Pathologie Médicale .....                                                                      | BARIETY M.                  |
| Pathologie et Thérapeutique Générales .....                                                    | N.....                      |
| Pharmacologie et Matière Médicale .....                                                        | HAZARD R.                   |
| Physico-chimie Médicale (chaire à titre<br>personnel )...                                      | DOGNON A.                   |

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Physiologie .....            | BINET I.      |
| Physique Médicale .....      | STROHL A.     |
| Radiologie Médicale .....    | LESGREZ H.    |
| Technique Chirurgicale ..... | MOULONQUET P. |
| Thérapeutique .....          | TURPIN R.     |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES & AGREGES

MM.

|                                  |                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie .....                   | DEBEYRE J.<br>DEIMAS A.                                                                |
| Anatomie Pathologique .....      | ( N.....<br>( GAUTHIER VILLARS<br>( Mile P.) Pr. s. ch.<br>( BUSSER F.<br>( GOUYGOU C. |
| Bactériologie .....              | ( FASQUELLE R.<br>( NEVOT A.                                                           |
| Biologie Médicale .....          | BOURLIERE                                                                              |
| Chimie Médicale .....            | ( ETTORI J. Pr. s. ch.<br>( JAYLE M.F.) Pr.s.ch.<br>( SchAPIRA                         |
| Dermato-Syphiligraphie .....     | DUPERRAT                                                                               |
| Histologie .....                 | ( COUJARD R.<br>( BULLIARD H(s. ch)<br>( N....                                         |
| Hydrologie .....                 | DEBRAY C.                                                                              |
| Hygiène .....                    | ( BOYER J.<br>( DEPARIS M.                                                             |
| Médecine Légale du Travail ..... | ( DEROBERT L.<br>( GAULTIER M.<br>( HADENGUE A.                                        |
| Neurochirurgie .....             | DAVID M.                                                                               |

|                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| Neurologie .....              | SEIZE (S. de )     |
|                               | ( GRASSET J.       |
|                               | ( IEPAGE F.        |
|                               | ( MAYER M.         |
| Obstétrique.....              | ( MERGER R.        |
|                               | ( MORIN P.         |
|                               | ( RAVINA J.        |
|                               | ( VANRANGOT J.     |
| Ophthalmologie .....          | ( OFFRET G.        |
|                               | ( DESVIGNES P.     |
| Orthopédie .....              | JUDEE R.           |
| Oto-Rhino-Laryngologie .....  | ( HALPHEN E(s. ch) |
|                               | ( AUBRY M.         |
|                               | ( MADURO R.        |
| Parasitologie .....           | ( BRUMPT I.        |
|                               | ( CHABAUD A.       |
| Pathologie Chirurgicale.....  | ( ABOULKER P.      |
|                               | ( BAUMANN J.       |
|                               | ( GOSSET J.        |
|                               | ( HUGUIER J.       |
|                               | ( LAURENCE G.      |
|                               | ( LEGER L.         |
| Pathologie Chirurgicale ..... | ( LORTAT JACOB J.  |
|                               | ( OLIVIER CL.      |
|                               | ( PADADOVANI P.    |
|                               | ( POILLIEUX M.     |
|                               | ( ROUX M.          |
|                               | ( RUDLER J.C.      |
|                               | ( VERNE J-M.       |
| Pathologie Expérimentale..... | MERKLEN P.         |
| Pédiatrie .....               | ( JOSEPH R.        |
|                               | ( LAPIANE R.       |
|                               | ( MARIE J.         |
|                               | ( BERNARD J.       |
|                               | ( BOUDIN G.        |
|                               | ( CASTAIGNE P.     |
|                               | ( CONTE M.         |
|                               | ( DECOURT J.       |
|                               | ( DOMART A.        |
|                               | ( DREYFUS Gilbert  |
| Pathologie Médicale.....      | ( FAUVERT F.       |
|                               | ( HAMBURGER J.     |
|                               | ( KOURISKY R.      |
|                               | ( LAMOTTE M.       |
|                               | ( LAROCHE C.       |

( MILLIEZ P.  
( PEQUIGNOT H.  
( PERRAULT M.  
( RAMBERT P.  
( THIEFFRY St  
( TURIAT J.

Pharmacologie ..... ( -LEVY (Melle J.)  
( Pr. s. ch.-  
( -CHEYMOL JH.  
( Pr. s; ch.-

Physiologie ..... ( -BARGETON D.  
( Pr. s. ch.-  
( PARROT J.L.

Physique Médicale ..... ( -DJOURNO A.  
( Pr. s. ch.-  
( GOUGEROT L.

Pneumo-Phtisiologie ..... ( KREIS B.

Psychiatrie ..... BARUK H.

Psychiatrie Infantile ..... MICHAUX L.

Stomatologie ..... ( CERNEA P.  
( CHAPUT (Mme A;)

Thérapeutique ..... PERRAULT

chargé de l'enseignement

Urologie ..... KUSS R.

---



A la Mémoire de mon Grand-Père,

le Docteur FOUCAUD

Médecin de Marine

mon Idéal sera toute ma vie  
de lui ressembler.

A mon Père,

Le Vice-Amiral BARNAUD

Sa droiture, son honneur, sa bonté,  
seront toujours pour moi dans l'exer-  
cice de ma profession, un exemple  
à suivre.

A ma Mère,

Qui a tant voulu avoir un fils médecin,  
j'espère ne jamais décevoir les espé-  
rances qu'elle a mises en moi.



A Madame le Docteur Suzanne BERAUD - PICARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien Assistant de l'Hôpital Maritime de Berck,

qui m'inspira ce sujet de thèse, et  
avec qui nous avons travaillé ma femme  
et moi si amicalement et si fructueu-  
sement pendant un an à Berck.

Qu'elle veuille bien trouver ici  
l'expression de ma reconnaissance.



A Monsieur le Docteur Pierre GERARD-MARCHANT

Chirurgien des Hôpitaux

Chirurgien Chef de l'Hôpital Maritime de Berck,

pour tout l'enseignement que j'ai  
reçu dans son service au cours de  
l'année 1954-1955.



A Monsieur le Professeur Marcel FEVRE

Professeur de Clinique de Chirurgie Infantile

et d'Orthopédie

qui me fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.



A ma Femme Nicole,  
Externe des Hôpitaux,

qui est et restera toujours  
mon fidèle auxiliaire.

A ma Fille,

A mes Frères et Soeurs.



A mon Oncle,

le Médecin Général de la Marine LAUDET,

que j'aime particulièrement .

A mon Beau-Père, le Colonel ENET

A ma Belle-Mère,

qui sont pour moi de seconds parents

A mon Beau-Frère

A ma Belle-Soeur.



A Monsieur Georges BAUDRON

Interne provisoire des Hôpitaux de Paris,

qui est mon meilleur ami .



Je tiens aussi à remercier particulièrement  
pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée  
dans l'élaboration de cette thèse,

Monsieur le Docteur FLOURIOT

Radiologue de l'Hôpital Maritime de Berck

Monsieur LEBAS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Pharmacien de l'Hôpital Maritime de Berck .



LES TROUBLES INTestinaux

DANS LES

MALADIES DE CROISSANCE

---



LES TROUBLES INTESTINAUX  
DANS LES  
MALADIES DE CROISSANCE

---



## - I N T R O D U C T I O N -

---

Depuis déjà quelques années, les chirurgiens de l'Hôpital Maritime de BERCK, ont constaté l'existence de troubles digestifs importants chez leurs malades osseux.

Au cours du Mal de Pott, il est fréquent de constater l'existence de dolichomégacolons et ce fait a déjà été relaté par un certain nombre d'auteurs, en particulier par le Professeur Aimes de MONTPELLIER.

Cependant si des troubles intestinaux existent chez les Pottiques, ils sont croyons nous, beaucoup plus fréquents au cours des maladies de croissance, épiphysite, coxa plana, et certaines scolioses.

A la 28ème réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie, Monsieur Pierre GERARD MARCHANT, Madame BERAUD PICARD Monsieur GIRET, ont insisté sur cette constatation clinique.

C'est dans le service de Monsieur GERARD MARCHANT que nous avons pu étudier ces manifestations intestinales des maladies de croissance.

Nous avons fait des lavements barytés à une vingtaine de malades, et nous avons constaté la présence chez ceux-ci de modifications pathologiques de l'intestin, dans la plupart des cas il s'agit de dolichocolon, parfois associé à un mégacolon.

Les troubles intestinaux sont expliqués par le dolichocolon lui-même et aussi par ses complications, en particulier la colite ; il s'agit en général de colite gauche avec stase droite.

L'origine de ces maladies de croissance reste encore obscure, cependant il paraît de plus en plus certain qu'il faille la rechercher dans un dysfonctionnement des glandes endocrines, soit au niveau de la glande thyroïde, soit à un échelon plus élevé au niveau hypophysaire.

Ceci semble-t-il peut expliquer la coexistence des troubles osseux de croissance avec le dolicho-mégacolon dont l'origine endocrinienne est fréquente, l'association de dolicho-mégacolon a été relatée en particulier déjà dans de nombreux cas au cours du myxoedème.

Au cours du rachitisme, la fréquence des troubles intestinaux n'est plus à démontrer et nous pensons qu'il est vain de vouloir soigner un rachitisme sans chercher d'abord à faire disparaître ses troubles intestinaux.

Le grand nombre d'enfants rachitiques soignés à l'Hôpital Maritime de BERCK nous a permis d'étudier plus spécialement leurs troubles intestinaux. Dans un certain nombre de cas des lavements barytés nous ont montré l'existence chez ces malades de véritables dolicho-mégacolons.

Ce fait n'a jamais été encore à notre connaissance signalé, il nous semble que cette constatation peut expliquer le déclenchement des troubles intestinaux ; des colites en particulier qui sont à notre avis la grande complication des dolichomégacolons.

Le but de cette thèse est d'abord de prouver l'existence du dolichocolon au cours des maladies de croissance, il semble que ces maladies soient du fait même de leur étiologie endocrinienne étroitement associées au dolichomégacolons.

Cette association dolichocolon-maladie de croissance a une conséquence thérapeutique et c'est là notre deuxième but : insister sur le fait que pour permettre une plus rapide et une meilleure guérison à ces malades, il faut leur assurer un fonctionnement intestinal se rapprochant le plus possible de l'intestin normal.

Déjà par lui-même, le dolichocolon par la stase intestinale qu'il entraîne est une source de troubles intestinaux, bien rapidement il se complique de colite chronique avec toutes ses conséquences néfastes.

Nous commencerons d'abord par présenter quelques observations parmi les plus typiques, puis nous dégagerons les enseignements que nous aurons pu en tirer mettant en évidence les faits les plus manifestes, puis nous étudierons ensuite les déductions thérapeutiques.

CAU ... Jannick

Observation n°1

enfant âgée de 8 ans

Arrive à BERCK le 2/12/54 pour une scoliose.

L'examen révèle l'existence d'une scoliose importante avec instabilité vertébrale.

Scoliose lombaire gauche, dorsale droite  
avec gibbosité costale importante  
déséquilibre de 2 cms.

hyperlordose lombaire

contracture lombaire très intense

Les radiographies confirment ce diagnostic, montrant la rotation des corps vertébraux et en plus un spina occulta L5-S1

L'examen clinique ne permettant pas de retrouver de signes de rachitisme on peut penser qu'il s'agit d'une scoliose essentielle, bien que l'on ne retrouve pas de malformations vertébrales autre que le spina L5-S1.

Les antécédents ne donnent pas de grands renseignements.

Le développement de l'enfant semble avoir été normal.

La cuti-réaction est négative,

Il faut cependant signaler l'existence de réaction sérologique positive :

Réaction de Kahn et Menicke alors que le B.W. est négatif.

L'état général est bon : poids 22 kg, taille 1, m 26

Mais bientôt apparaissent des troubles digestifs qui n'étonnent pas l'enfant qui en est coutumier :

Douleurs post-prandiales très intenses siégeant surtout au niveau du colon gauche.

Selles irrégulières, sur un fond de constipation ; tous les 2 ou 3 jours, apparaissent des débauches intestinales : selles fréquentes 3 ou 4 par jour.

L'examen de l'abdomen :

le montre d'ailleurs globuleux et cela surtout au moment des périodes de constipation.

Cet abdomen est tendu, météorisé surtout dans sa partie sous-ombilicale

Il est douloureux au palper dans cette région.

Puis le 10 Février 1955 :

Apparaissent des vomissements acétonémiques, les vomissements sont très fréquents, s'accompagnant d'intolérance gastrique absolue, d'un état de prostration assez important, et surtout d'une raideur de la nuque qui oblige à faire une P.L. qui se révèle d'ailleurs normale.

Sous l'influence du traitement (sérum bicarbonaté et salé IV) la crise de vomissements cède petit à petit, l'enfant

peut reprendre l'alimentation par voie buccale, tandis que l'acétone disparaît des urines.  
L'existence de ces douleurs abdominales, de ces troubles du transit nous fait faire un lavement baryté qui montre :

un énorme dolicho-colon de l'anse sigmoïde dont la boucle remonte sous l'angle hépatique du colon droit.  
Ce dolicho-colon s'accompagne de signes radiologiques de colite, aspect cylindrique du colon avec disparition des incissures haustrales.  
Stase droite importante

L'examen des selles :

Poids 100 gr. Odeur putride, couleur : marron foncé.

Etude de la digestion :

Fonction gastrique, normale

Les digestions intestinale, biliaire et pancréatique sont normales

La fonction motrice :

absence d'amidon  
de cellulose digestible  
pas de flore iodophile  
absence de bilirubine  
présence de stercobiline

Pas de réaction de la muqueuse

(absence d'albumine soluble, de mucus, de pus)

Absence de flore indophile

Produits de la flore microbienne

Acides organiques : 32 meq. très augmentés  
Ammoniaque : 6,2 meq.

En résumé de l'examen coprologique :

On peut dire qu'il s'agit de selles à peu près normales au point de vue digestion, mais l'importance des fermentations indique un processus de colite débutante droite, probablement due à l'obstacle d'évacuation, conséquence directe du dolichocolon.

Cette observation nous semble intéressante, car elle montre :

La coexistence chez une enfant de 8 ans :

d'une scoliose essentielle,

d'un gros dolichocolon qui s'accompagne de vomissements acétonémiques importants et graves.

Ce dolichocolon se complique de colite droite avec augmentation des fermentations, c'est dire la

difficulté du traitement chez cette enfant , chez qui il est difficile de réduire l'apport hydrocarboné de peur de déclancher une crise de vomissements acétonémiques .

----

RISP .... Madeleine

Observation n°2

Enfant âgée de 5 ans

Arrive à BERCK le 39 Octobre 1954 pour ostéochondrite de la hanche dont le début clinique remonte à 18 mois.

Le diagnostic est évident devant les radiographies montrant de gros troubles trophiques au niveau du col, de la tête et du cotyle :

Tête déformée et aplatie, col élargi avec tendance à la coxa vara.

Disparition du noyau céphalique.

Le reste de l'examen clinique n'est pas normal et présente un gros intérêt au point de vue de l'étiologie de la maladie de Calvé et du dolicho-mégacolon :

Cet enfant présente des troubles d'insuffisance glandulaire avec participation thyroïdienne sinon prédominante du moins très importante.

Obésité : poids 30 kg                      Taille : 1, m06

Retard psychique et intellectuel particulièrement marqué : l'enfant ne parle pas, ne sait pas son nom et répond aux questions par un invariable sourire.

On retrouve encore :

Une macro-glossie

une infiltration myxoédémateuse des tissus

des modifications des membres :

membres courts, pieds et mains larges avec doigts boudinés, extrémités violettes et glacées.

Cet ensemble évocateur de myxoedème est confirmé par le laboratoire.

Cholestérol sanguin augmenté : 2,80 gr o/oo

Cholestérol estérifié : 0,70 gr o/oo

Glycémie : 0,80 o/oo

D'autre part, pilosité exagérée, poils pubiens en particulier.

Une radiographie du crâne montre la selle turque petite et fermée.

Notons que les radiographies des poignets ne montrent pas de troubles dans l'apparition des noyaux épiphysaires des os du carpe.

L'examen de l'abdomen

montre celui-ci volumineux, tympanique à la percussion météorisé.

Il existe aussi une constipation opiniâtre, l'enfant n' allant à la selle que tous les 3 ou 4 jours.

L'examen baryté de l'intestin montre un volumineux dolicho-mégacolon de l'anse sigmoïde et du transverse droit avec intestin hypotonique, atonique se vidant mal, aspect moniliforme du colon gauche, stase totale.

L'examen coprologique :

Poids des selles 200 gr

Odeur : butyrique, aspect : marron foncé

Digestion :

fonction gastrique normale

digestion intestinale, biliaire et pancréatique : normales

Fonctions motrices :

Absence d'amidon

de cellulose digestible

pas de flore iodophile

absence de bilirubine

Présence de stercobiline.

Réaction de la muqueuse :

Absence d'albumine soluble, de mucus de leucocytes

Orientation de la flore microbienne :

Prédominance des Gram - sur les Gram +

Absence de flore iodophile

Produits de la flore microbienne

Acides organiques : 23 meq. )très augmentés.

Ammoniaque : 9,2 meq.)

Examen bactériologique : présence de germes ayant l'aspect de para B

(caractères biologiques et morphologiques)

Conclusion de l'examen des selles :

Selle de constipation avec phénomène de colite dus probablement à la présence de para B.

Cette observation est très intéressante, car elle associe deux maladies dont l'étiologie se retrouve chez cette enfant :

L'étiologie de la maladie de Calvé est souvent due à des troubles endocriniens, de même le dolicho-colon.

Mais il est rare non pas de les trouver ensemble, mais de les constater chez une malade ayant des troubles endocriniens si nets et si évidents.

ESC ... Claudette

Observation n°3

Il s'agit d'une enfant âgée de 11 ans qui est entrée à BERCK le 10 Septembre 1953 pour une épiphysite.

A l'entrée :

On constate une cyphose dorsale importante s'accompagnant de douleurs dorsales datant déjà de plusieurs mois.

La radiographie confirme le diagnostic en montrant la cyphose dorsale à grand rayon sans pincement des disques avec absence de maturation des points épiphysaires.

Par ailleurs l'examen du dos montre une contracture vertébrale importante. Mise au repos, coquille correctrice.

Outre l'épiphysite, l'examen montre l'existence de troubles glandulaires certains,

d'abord un retard psychique et intellectuel très net.

une tendance à l'obésité avec un certain degré d'infiltration des téguments (Poids : 29kg pour 1,22)

Enurésie.

Cet état conduit à traiter l'enfant par des cachets d'extrait glandulaire

Extrait d'antéhypophyse 0,20 g

Extrait thymique 0,10 g

Extrait thyroïdien 0,05 g

pendant 3 mois.

Puis injection de gonadotrophine 300 unités par semaine pendant 3 mois. Sous l'influence de ce traitement, amélioration de l'état général.

Parallèlement à ces troubles de croissance, on remarque dès son arrivée des troubles digestifs assez marqués :

douleurs abdominales post-prandiales presque journalières, évocatrices de dolicho-colon.

L'examen de l'abdomen

le montre volumineux, pointant en avant avec météorisme surtout sous-ombilical.

Pas de point appendiculaire, mais il existe une zone douloureuse le long du colon gauche descendant dans la fosse iliaque gauche.

Les selles sont fréquentes 3 à 4 par jour, et ces débauches alternent avec des périodes de constipation pouvant durer 2 à 3 jours.

Les muscles abdominaux sont déficients, la paroi est flasque et hypotonique.

De plus chez cette jeune malade il existe de fréquentes crises de vomissements acétonémiques coexistant avec les crises

douloureuses abdominales

Le lavement baryté montre des modifications importantes de l'intestin.

Existence de dolicho-sigmoïde assez important s'accompagnant d'un dolicho-transverse.

Mais surtout il faut noter un aspect typique de colite gauche avec aspect moniliforme et spasmodique du colon gauche.

Il y a aussi après évacuation stase droite, et reflux par la valvule de Bauhin.

L'examen des selles :

Poids : 100 gr.

Aspect extérieur : légèrement diarrhéique

Odeur : butyrique

Couleur : jaune

Etude de la digestion :

Fonction gastrique : normale

Digestion intestinale, biliaire, pancréatique, présence de bilirubine en assez forte quantité, à part cela digestion normale.

Fonction motrice :

Présence abondante de cellulose digestible, d'amidon, de clostridies iodophiles

Réaction de la muqueuse :

Absence d'albumine soluble, de leucocytes, de mucus.

Orientation de la flore intestinale

Abondance de la flore iodophile

Augmentation des acides organiques : 44 meq.

Légère augmentation de l'ammoniaque : 7,6 meq.

On peut conclure de cet examen de selles :

qu'il existe une augmentation du transit aboutissant à l'émission d'une selle du type coecal avec présence d'amidon de cellulose digestible, avec abondance de la flore iodophile et présence de bilirubine.

L'abondance des fermentations s'explique par la stase droite suivie d'une brusque évacuation.

En résumé, il s'agit d'une enfant qui associe :

- des troubles glandulaires mal définis, mais certains, qui ont été améliorés par l'opothérapie pluriglandulaire,
- une épiphysite vertébrale,
- des troubles intestinaux dont le support anatomique est un dolicho-sigmoïde et un dolicho-transverse, dont la

conséquence est un aspect de colite gauche radiologique avec stase droite et coprologiquement une accélération du transit.

Troubles glandulaires, épiphysite vertébrale, troubles intestinaux se trouvent intimement associés.

-----

CUK... Bernard

Observation n°4

Enfant âgé de 7 ans 1/2

arrive à l'Hôpital Maritime de BERCK pour cyphose

Il s'agit d'un enfant qui depuis le mois de Mai 1954 se plaint de douleurs dorsales et lombaires tenaces mais ni paroxystiques ni intenses.

L'état général est assez bon : Poids 23 kg 900  
Taille 1m,25

L'examen montre l'existence d'une cyphose à grand rayon s'accompagnant d'une attitude scoliotique avec déséquilibre à droite.

On constate aussi une contracture des muscles lombaires, quelques séquelles de rachitisme : chapelet costal, nouures épiphysaires.

La radiographie du rachis montre une cyphose à grand rayon sans signe d'épiphysite. Il s'agit vraisemblablement d'une cyphose rachitique.

Un traitement est institué :

Coquille de redressement

Mais l'attention est attiré par l'existence de troubles digestifs.

Douleurs abdominales fréquentes à type de crises paroxystiques siégeant dans la région sous-ombilicale et dans la fosse iliaque gauche.

Ces douleurs abdominales s'accompagnent de troubles du transit. Constipation habituelle de 2 ou 3 jours suivis de crises douloureuses abdominales, qui cèdent lors de la débacle intestinale. Lorsque celle-ci survient, il y a émission de 3 ou 4 selles journalières légèrement diarrhéiques, l'élément spasmodique associé à la possibilité d'une colite.

Le lavement baryté montre en effet un dolicho-sigmoïde important mais s'accompagnant d'un mégacolon transverse et mégacolon droit.

Il y a en outre des signes de colite gauche certains avec aspect irrégulier et rétréci du colon gauche. Cet aspect de colite gauche s'accompagne de stase droite très importante après évacuation.

Cette observation nous montre l'association chez un enfant rachitique ancien d'une colite gauche et d'un dolicho-mégacolon.

Il semble bien que l'on doive faire un rapprochement entre ces affections, surtout quand on sait la fréquence des troubles intestinaux dans le déclenchement du rachitisme.

LAO... Guy

Observation n°5

Il s'agit d'un enfant âgé de 4 ans qui arrive à l'hôpital Maritime au mois d'Octobre 1952 pour des lésions rachitiques graves.

Ces lésions rachitiques sont localisées en grande partie au rachis, où on constate une déficience vertébrale très accentuée :

remplacement de la lordose lombaire par une gibbosité

cyphose dorsale très accentuée

une attitude scoliotique à deux courbures lombaire

et dorsale mais sans rotation des corps vertébraux.

Par ailleurs il existe d'autres stigmates de rachitisme : incurvation des fémurs, aspect crânelé des cartilages de conjugaison.

Le traitement consiste en repos au lit sur coquille plâtrée de redressement, avec héliothérapie puis à partir de septembre 53 massages et gymnastique vertébrale.

L'amélioration de la cypho-scoliose et du rachitisme sont manifestes à partir de février 54, où l'enfant commence à marcher.

Mais parallèlement à ces troubles osseux existent de gros troubles digestifs :

diarrhée fréquente, difficilement jugulée par le régime,

abdomen volumineux, muscles abdominaux flasques et paroi hypotonique.

Un lavement baryté

montre l'existence d'un dolicho-sigmoïde important s'accompagnant d'un aspect de colite gauche avec aspect cylindrique du colon et disparition des incisures haustrales, s'accompagnant de stase droite après évacuation.

Dans cette observation nous voyons encore l'association de rachitisme et de troubles intestinaux à type de colite, avec comme support anatomique un dolicho-colon.

DEC .... Nicole

Observation n°3

Cette jeune fille âgée de 17 ans est admise à l'Hôpital Maritime au mois d'octobre 1954 pour troubles de la statique vertébrale.

Il s'agit d'une enfant qui souffre depuis deux ans de sa colonne vertébrale : douleurs dorsales et lombaires s'accroissant surtout à l'effort.

L'examen montre une légère scoliose à convexité dorsale inférieure droite et lombaire gauche sans contracture musculaire ; cette scoliose s'accompagne d'une ébauche de gibbosité costale droite, Elle est déséquilibrée de 2cm à gauche.

Les radiographies montrent qu'il y a peu de rotation vertébrale, pas d'anomalie vertébrale. On retrouve cependant des séquelles d'épiphysite au niveau de la colonne dorsale.

En résumé, scoliose vraie mais très légère Mais l'importance des troubles digestifs attirent d'emblée l'attention et aux yeux de la malade prennent d'ailleurs la première place.

Il s'agit d'une constipation opiniâtre. La malade n'allant à la selle que tous les 5 ou 6 jours.

Les selles sont typiquement des selles de constipation, petites, dures, peu abondantes, il n'y a pas de débacle intestinale. D'ailleurs la malade ne va pratiquement à la selle que par lavement.

L'examen de l'abdomen :

il n'y a pratiquement pas de distention abdominale, pas de météorisme abdominal localisé.

La palpation révèle une zone douloureuse dans la région droite de l'abdomen avec un point douloureux au niveau de la fosse iliaque droite.

L'existence de ce point de Mac Burney fait pratiquer une appendicectomie (l'appendice est pratiquement normal). Cette appendicectomie n'améliore en rien la constipation, mais la douleur élective au niveau de la fosse iliaque droite disparaît. C'est alors qu'un lavement baryté révèle l'existence d'un dolicho-mégacolon important :

dolicho-sigmoïde

dolicho-transverse

mégacolon droit et stase droite et même généralisée après évacuation.

L'impression générale au cours du lavement baryté est un intestin atonique pratiquement sans contraction.

Cette jeune fille est mise au traitement des dolicho-mégacolons :

Normalisation de l'intestin sans l'irriter par la prise régulière de graines de Psyllium, régime comprenant le moins possible de cellulose qui entraîne des fermentations excessives.

Sous l'influence de ce traitement, on assiste à une régularisation du transit, on obtient des selles régulièrement tous les 2 jours.

Dès l'arrêt des mucilages, la constipation réapparaît.

Dans cette observation, nous voyons l'association d'une scoliose légère avec instabilité vertébrale, avec des troubles digestifs importants dolicho-mégacolon et appendicite chronique.

---

DEL .... Yvonne

Observation n°7

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 17 ans, qui est à l'hôpital de BERCK depuis déjà 3 ans.

Elle est traitée pour une épiphysite sévère.

Les radiographies montrent en effet de grosses altérations des vertèbres dorsales, surtout au niveau de D7 D8 D9 où on constate :

des vertèbres cunéiformes avec irrégularité des plateaux vertébraux, absence de soudure des points épiphysaires.

de plus on peut noter un spina de SI.

Par ailleurs l'examen clinique révèle une importante cyphose avec une légère attitude scoliotique, mais sans déséquilibre.

Le traitement des épiphysites est appliqué :  
repos au lit sur coquille de redressement

Le reste de l'examen révèle aussi l'existence de troubles endocriniens :

Non apparition des règles à 16 ans, retard psychique et intellectuel important, l'existence d'un certain degré d'obésité :

poids 53 kg  
taille 1,47

Il existe une élévation anormale de la température qui oscille entre 37°5 et 37°7 le matin et 37°8 et 38°2 le soir sans qu'on puisse en découvrir la raison.

Mais il existe aussi des troubles digestifs importants :  
Constipation habituelle avec débacle diarrhéique tous les 3 à 4 jours.

L'abdomen est augmenté de volume, douleurs et tympanisme de la fosse iliaque droite.

Le lavement baryté montre l'existence d'un dolicho-sigmoïde et d'un dolicho-transverse, s'accompagnant de signes radiologiques de colite gauche : le colon gauche ne présente pas d'incisures haustrales, il est hypotonique.

Il y a en plus stase droite après évacuation, reflux par la valvule de BAUHIN.

Ces troubles digestifs sont améliorés par le régime, ils semblent s'atténuer à mesure que les lésions d'épiphysite s'améliorent.

En résumé, il s'agit d'une enfant âgée actuellement de 17 ans qui aux alentours de la puberté a fait une épiphysite à forme sévère s'accompagnant de troubles digestifs. Là encore nous retrouvons, troubles endocriniens, épiphysite, troubles intes.

WAT ... Réjane

Observation n°8

Il s'agit d'une enfant âgée de 8 ans qui entre à l'Hôpital au mois d'avril 1954 pour une coxa plana bilatérale mais prédominant à gauche. L'enfant souffre depuis le mois de juin 1953, avant de venir à l'hôpital, elle a été couchée et plâtrée pendant 8 mois.

L'examen clinique de l'enfant couché ne montre qu'une limitation de l'abduction à droite.

La cuti-réaction est négative.

Les radiographies de la hanche montrent :

une coxa plana bilatérale évidente

Obliquité du toit du cotyle

Aplatissement et fragmentation des noyaux céphaliques.

L'existence de troubles digestifs est reconnue dès l'entrée de l'enfant dans le service.

On constate des coliques fréquentes, une constipation habituelle, l'enfant n'allant à la selle que tous les 2 ou 3 jours, ces selles sont alors abondantes, pâteuses.

L'examen de l'abdomen le montre

augmenté de volume, globuleux, douloureux à la palpation dans la région sous-ombilicale gauche, tympanique à la percussion dans la même région.

Les coliques sont post-prandiales et cèdent en général lors de l'émission des gaz.

Tous ces symptômes nous ont fait penser à la possibilité de l'existence d'un dolicho-colon.

Le lavement baryté nous a montré en effet qu'il s'agissait d'un dolicho-colon certain, dolichocolon de l'anse sigmoïde qui présente 3 boucles s'accompagnant d'un dolicho-mégacolon transverse et colique droit. A peu près 30' après évacuation l'image radiologique est presque inchangée, la stase est surtout marquée au niveau du colon droit est presque totale.

En résumé,

Chez cette enfant âgée de 8 ans, on remarque encore une fois l'association d'un dolicho-mégacolon important et d'une coxa plana sans que l'on puisse retrouver cette fois de troubles endocriniens évidents.

-----

Il s'agit d'une enfant née le 26/2/37, âgée de 18 ans  
Elle arrive à BERCK le 4 juin 1953 avec le diagnostic  
de scoliose.

En effet, il s'agit d'une scoliose assez grave, scoliose  
vraie, déséquilibrée.

C'est une scoliose à triple courbure  
avec gibbosité dorsale droite moyenne,  
gibbosité lombaire gauche,  
s'accompagnant d'un coup de hache à droite  
Cette scoliose est déséquilibrée, 2 cm à droite.

Il n'existe pas de douleurs, mais une contracture importante  
des muscles péri-vertébraux.

La radiographie confirme qu'il s'agit d'une scoliose vraie  
avec rotation des corps vertébraux :

Elle montre :

La scoliose à convexité dorsale droite très impor-  
tante s'accompagnant de courbures moins fortes  
lombaire gauche;  
et dorsale supérieure gauche

On peut noter aussi un sacrum horizontal.

Le reste de l'examen :

Ne montre aucun signe de rachitisme,  
mais une hypotrophie générale, rappelant  
l'infantilisme d'origine hypophysaire

De plus la malade n'a pas encore été réglée.

Au mois de novembre 1953 apparaissent ses premières règles  
celles-ci se révèlent irrégulières et douloureuses.

Traitement : gonadotrophines chorioniques 500 unités par  
semaine pendant 1 mois.

Dès son arrivée dans le service :

On constate l'existence de troubles digestifs particuliè-  
rement marqués :

Douleurs à type de coliques spasmodiques mais ne  
rappelant pas les crises douloureuses du doli-  
chocolon.

Ces douleurs siègent à gauche ne s'accompagnant  
pas de points douloureux appendiculaire.

Elles sont presque journalières, d'apparition  
post-prandiales

Elles ont tous les caractères des douleurs de  
colites gauches.

Les selles sont diarrhéiques, nombreuses, 2 à  
3 par jour.

L'examen del'abdomen :

pas de météorisme et même plutôt ventre plat, mais douloureux au palper surtout dans la fosse iliaque gauche, où l'on sent le colon gauche spasmé et douloureux.

L'examen baryté de l'intestin montre des modifications de l'intestin : petit dolicho-sigmoïde, petit dolicho transverse mais surtout un aspect moniliforme du colon gauche très évocateur de colite, un r-flux par la valvule de BAUHIN et une stase droite.

Au cours de l'injection du lavement baryté on est frappé par l'importance de l'élément spasmodique,

L'examen coprologique :

Poids 20 grs

Aspect extérieur : diarrhéique

Odeur butyrique - couleur : jaune clair

Etude de la digestion :

Fonction gastrique:

pas de tissu conjonctif

bonne digestion des fibres musculaires

Digestion intestinale

Présence de stercobiline

Fonction motrice :

Présence d'amidon en grande quantité

Présence de cellulose digestible en grande quantité

Abondance de la flore iodophile.

Pas de réaction de la muqueuse intestinale, pas de mucus, ni d'albumine soluble, ni de leucocytes.

Orientation de la flore intestinale :

Dosage d'acides organiques : augmentés  
36 meq.

Dosage de l'ammoniaque : 2 meq.

Conclusion :

Il s'agit d'une enfant hypotrophique, cette hypotrophie est vraisemblablement d'origine glandulaire (retard d'apparition des règles), elle présente une scoliose importante probablement congénitale bien qu'on ne puisse trouver de malformations de la colonne vertébrale. Cet état s'accompagne de troubles intestinaux à type de colite gauche et élément spasmodique important avec stase droite.

Cette colite peut être expliquée par l'existence d'un dolicho-sigmoïde et de la moitié droite du transverse.

GEF ... Marie Françoise

Observation n°10

Il s'agit d'une enfant âgée de 11 ans qui arrive à BER le 4 mars 1954.

Son histoire clinique est la suivante :

Apparition de douleurs dorsales importantes, de cyphose progressive, qui entraîne un examen radiologique montrant des signes d'épiphysite très nets.

Retard de soudure des points épiphysaires vertébraux,

Disques dorsaux inférieurs pincés,

Aspect cunéiforme des vertèbres dorsales, donnant une cyphose à grand rayon.

En outre présence d'un spina de SI

Le traitement des cyphoses douloureuses est appliqué :

Coquille avec chambre corrigeant la cyphose et permettant une hyperextension et corrigeant la lordose lombaire.

Repos strict au lit.

De plus elle présente une importante cellulite de la paroi abdominale et de la racine des cuisses contre laquelle on lutte par massages.

Mais dès son entrée dans le service on est frappé par d'importants troubles digestifs :

Coliques fréquentes, douleurs abdominales post-prandiales sont journalières.

L'examen clinique

Montre un abdomen météorisé avec zone de tympanisme localisée dans la région sous-ombilicale et dans la fosse iliaque gauche, pas de point appendiculaire.

Le transit est perturbé

Il y a alternance de constipation et de débâcle

3 ou 4 selles journalières dont nous verrons les caractéristiques plus loin.

Mais sur ce fond de douleurs abdominales continues, se greffent des crises douloureuses aiguës :

Crises douloureuses qui surviennent en général à l'acmé d'une phase de constipation, ces crises douloureuses sont typiques du dolicho-colon.

Elles apparaissent en général en fin de matinée.

L'abdomen est météorisé, la palpation le montre douloureux, tendu, surtout dans la région sous-ombilicale. On ne peut retrouver aucun point douloureux fixe, tout l'abdomen étant très sensible.

### Cette crise douloureuse

- s'accompagne d'un état nauséeux avec vomissements fréquents et présence de corps cétoniques dans les urines.
- d'une petite élévation thermique ne dépassant pas 38°5 avec céphalée
- d'une accélération parallèle du pouls.

L'évolution de telles crises se fait en 12 à 24h par la disparition de tous les symptômes,

soit spontanément,

soit plus rapidement sous l'influence du traitement comprenant ;

bouillottes chaudes sur l'abdomen

atropine, 1/4 de mg

lavement évacuateur salé hypertonique, qui ramène une grande quantité de matières et soulage l'enfant.

La fin de la crise est aussi rapide que son début :

la température, la douleur, la céphalée disparaissent seuls les vomissements persistent, puis s'estompe l'acétonurie.

Cette enfant présente la triade du dolicho-colon :

Météorisme abdominal

Constipation

Crises douloureuses

Le lavement baryté confirme d'ailleurs l'existence d'un dolicho-colon montrant :

- 1) L'énorme anse sigmoïde remontant haut dans la fosse iliaque droite presque jusqu'à l'angle du colon droit, avec inversion du sens de la boucle sigmoïde.
- 3) L'aspect de colite gauche, avec disparition des haustrations, aspect en pile d'assiettes à l'union du sigmoïde et du colon gauche, au-dessus aspect cylindrique du colon.

Il existe aussi un dolicho-transverse modéré, une hypotonie droite, un reflux par la valvule de BAUHIN, une stase droite après évacuation.

L'examen des selles,

pratiqué suivant la méthode de Goiffon donne les résultats suivants :

Poids 50 gr. Odeur : légèrement putride

Couleur : marron foncé

Digestion : tissu conjonctif : absence

fragments de viande : absence

Fonction motrice : Absence de cellulose digestible

Absence d'amidon

Absence de flore iodophile.

Réaction de la muqueuse : Absence d'albumine, de mucus, de sang, de pus.  
Produits de l'action microbienne :  
Fermentations : augmentées 30 meq.  
Putréfactions : très augmentées 10 meq.  
Éléments figurés : absence de flore iodophile

L'examen bactériologique et parasitologique ne montre rien d'anormal.

En conclusion, on peut remarquer,  
qu'il n'existe pas d'accélération du transit intestinal  
(absence d'amidon, de cellulose digestible)  
qu'il existe une augmentation des putréfactions et des fermentations mais cependant avec prédominance des putréfactions.

Il semble que nous pouvons expliquer ce fait par la stase intestinale due à l'allongement et à la dilatation du colon ; il n'y a pas d'altérations à proprement dit de la muqueuse intestinale car nous ne retrouvons ni albumine, ni mucus.  
Il y a cependant un début de colite gauche dont le meilleur témoin est l'augmentation des putréfactions intestinales.  
D'ailleurs chez cette malade nous trouvons un exemple typique de dysmicrobisme intestinal très exagéré. Nous pensons avec Goiffon que c'est l'augmentation des fermentations qui est le premier élément à combattre.

En effet ces fermentations exagérées, associées à la stase intestinale finissent par entraîner une altération colique génératrice de putréfaction.

En résumé :

Il s'agit d'une enfant atteinte d'épiphysite vertébrale qui présente un dolicho-colon-typique tant au point de vue radiologique que clinique.

Notons que les crises douloureuses aiguës s'accompagnent de vomissements acétonémiques.

-----

BOU ... Jean Pierre

Observation n°11

Il s'agit d'un enfant âgé de 3 ans qui arrive à BERCK au mois de Juin 1954 pour rachitisme.

Les signes de rachitisme sont évidents :

Retard du développement important :

l'enfant ne se tient pas assis tout seul, ne marche pas.

Il existe un chapelet costal important des bourrelets épiphysaires aux deux poignets, une incurvation des fémurs et des tibias, bilatérale

Mais on ne constate pas de scoliose, les hanches sont normales.

L'état général est bien :

Poids : 11 kg 450      Taille 0,80

Cuti-réaction négative

réactions sérologiques négatives

Il existe en outre :

une insuffisance de la musculature abdominale

l'abdomen est globuleux, tympanique.

Les troubles digestifs sont importants :

Il n'y a certes pas d'anorexie, l'appétit est bon, mais il existe une diarrhée perpétuelle, 3 ou 4 selles semi-liquides par jour.

On ne retrouve pas de douleurs abdominales spontanées, ni provoquées par la palpation et pas de point douloureux appendiculaire en particulier

De plus cet enfant est atteint de vomissements acétonémiques :

Une crise importante est relevée au mois de Décembre 1954, vomissements abondants, s'accompagnant d'un léger fébricule et d'intolérance alimentaire absolue, de signes de déshydratation

Cette crise cède d'ailleurs en quelques jours par l'absorption d'eau sucrée et bicarbonatée.

L'examen des selles :

Poids : 100 gr.

Aspect extérieur ; diarrhéique

Odeur : butyrique

Couleur : jaune clair.

Etude de la digestion :

Fonction gastrique :

normale : absence de tissu conjonctif, d'éléments de viande à l'oeil nu, et d'éléments de féculents ou de carottes.

Digestion intestinale, biliaire et pancréatique : normale ; en particulier la digestion des graisses est normale. Absence de bilirubine, présence de stercobiline en quantité normale.

Fonction motrice : absence de cellulose digestible, d'amidon.

Pas de réaction de la muqueuse intestinale, pas de mucus, ni d'albumine soluble.

Orientation de la flore intestinale : pas de flore iodophile

Acides organiques : 36 meq.

Ammoniaque : 5,6 meq.

Résumé de l'examen des selles :

Il n'y a pas de troubles de la fonction motrice, l'existence des fermentations très exagérées, montre qu'il s'agit d'une colite de fermentation.

Le lavement baryté

montre l'existence d'un léger dolicho-colon de l'anse sigmoïde, mais surtout l'existence d'une colite gauche typique :

Aspect cylindrique du colon gauche avec disparition des haustrations et des incissures.

Cet enfant est mis au régime avec restriction des hydrates de carbone, des farineux de la cellulose, son état de diarrhée permanente s'est grandement amélioré.

En résumé :

Il s'agit d'un enfant rachitique, dont le rachitisme est surtout à forme d'hypotrophie généralisée qui présente des troubles intestinaux, fait banal chez les rachitiques, mais chez lui on peut se demander si le dolicho-colon-sigmoïde n'est pas le point de départ de sa colite.

En tout cas, amélioration très grande de l'état général à la suite du traitement de la colite.

BEL ... Nadia

Observation n°12

Il s'agit d'une enfant âgée de 3 ans.  
qui arrive à BERCK le 10 juin 1954 pour scoliose.  
Il s'agit d'une scoliose rachitique  
En effet les stigmates de son rachitisme sont certains :  
On retrouve un chapelet costal ,  
des bourrelets épiphysaires au niveau des 2 poignets  
Il s'agit d'une scoliose importante  
avec gibbosité costale dorsale droite et lombaire  
gauche,  
La colonne vertébrale est souple, il n'y a pas de contracture  
La radiographie  
montre qu'il s'agit d'une scoliose vraie  
avec rotation des corps vertébraux  
L'examen général montre qu'il existe encore  
une hypotrophie généralisée avec déficience musculaire,  
hyperlaxité ligamentaire.  
L'enfant est traitée par le repos au lit et par coquille plâ-  
trée et massages.

Dès son entrée dans le service on remarque l'existence  
de troubles digestifs importants :  
diarrhée fréquente, selles putrides  
L'enfant se plaint aussi de coliques post-prandiales  
L'examen de l'abdomen le montre gros, globuleux, avec paroi  
abdominale déficiente.  
Il existe aussi des vomissements acétonémiques  
Crises de vomissements fréquentes, avec intolérance alimentaire,  
présence d'acétone dans les urines, ces crises n'ont d'ailleurs  
aucun caractère de gravité et cèdent à l'absorption d'eau bicar-  
bonatée sucrée.  
L'examen baryté montre l'existence d'un dolicho-colon de l'anse  
sigmoïde et de la moitié droite transverse.  
Mais il n'existe pas de signes radiologiques de colite.

Chez cette jeune enfant nous retrouvons encore l'association de  
rachitisme ancien à localisation surtout vertébrale et de trou-  
bles digestifs avec comme support un dolicho-colon.

-----

BAR ... Nicole

Observation n°13

Il s'agit d'une enfant de 9 ans,  
qui arrive à BERCK pour scoliose, hypotrophie, déficience  
de l'état général

L'examen montre qu'il s'agit de séquelles de rachitisme.

Il y a hypotrophie généralisée, insuffisance musculaire  
hyperlaxité ligamentaire.

On retrouve une insuffisance vertébrale avec hyperlor-  
dose lombaire, petite cyphose dorsale, attitude scolio-  
tique, mais sans déséquilibre.

La marche est très difficile

La paroi abdominale est déficiente, l'abdomen est volu-  
mineux, tympanique à la percussion.

Des radiographies montrent l'existence d'une attitude  
scoliotique sans rotation des corps vertébraux,

Une coxa valga bilatérale -

Il existe aussi chez cette enfant des troubles digestifs  
Ils se caractérisent par la constipation modérée, selles tous  
les 3 ou 4 jours.

La période de constipation se termine en général par une dé-  
bacle intestinale à type de diarrhée.

Un lavement baryté nous a montré l'existence d'un dolicho-  
sigmoïde s'accompagnant d'un aspect de colite du colon gauche  
transformé en un tube cylindrique sans incissures haustrales.

Il y a aussi stase droite après évacuation.

Cette observation nous montre encore chez une rachitique  
qui n'est plus en évolution l'existence d'une colite gauche  
avec comme support un dolicho-sigmoïde.

----

THIE ... Danielle

Observation n°14

Il s'agit d'une enfant qui vient à BERCK pour une scoliose avec insuffisance vertébrale.

L'examen clinique permet de remarquer que

La scoliose dorsale à convexité droite est réductible,  
non déséquilibrée

Elle s'accompagne d'une contracture des muscles lombaires

On peut encore noter un aplatissement de la cage thoracique des scapulae alatae

Les radiographies ne montrent pas de malformation vertébrale, ni de signes d'épiphysite.

L'état général de cet enfant est médiocre, il y a hypotrophie généralisée, insuffisance musculaire.

Cette insuffisance musculaire se rencontre particulièrement au niveau de l'abdomen, qui est mou, flasque, atonique.

Il est aussi augmenté de volume, météorisé, mais on ne constate pas de points ou de zones douloureuses localisées.

Il existe aussi des troubles digestifs :

Constipation assez opiniâtre

Crises douloureuses évocatrices de dolicho-colon.

Un lavement baryté montre :

un dolicho-sigmoïde

un dolicho-mégacolon du colon transverse

Ces modifications s'accompagnent

de signes radiologiques de colite gauche associés  
à une stase droite typique après évacuation.

Il s'agit d'une enfant atteinte de scoliose légère, d'hypotrophie, d'état général médiocre dont l'origine semble bien être rachitique et chez qui on retrouve un dolicho-colon.

----

BRON ... Victor

Observation n°15

Il s'agit d'un enfant âgé de 14 ans qui entre dans le service le 22 Aout 1951

Il présente :

une légère scoliose lombaire gauche et dorsale droite. Mais les radiographies montrent de multiples malformations de la colonne vertébrale.

Une image de hernie discale antérieure au niveau de la 2ème Lombaire

Des hémivertèbres au niveau de la 7ème cervicale, 1ère dorsale, 2ème dorsale

Ces malformations vertébrales passent d'ailleurs au second plan, bien que l'enfant en souffre constamment. Ce qui est le plus important, c'est l'existence d'un mégacolon énorme il s'agit là vraisemblablement d'une maladie de Hirschprung.

L'abdomen est énorme, monstrueux, tympanique

La constipation est opiniâtre, l'enfant n'allant à la selle que par lavements répétés.

On discute un lavement baryté, mais on y renonce, devant la quantité importante de bouillie à injecter pour obtenir des images nettes, dans la crainte d'aggraver l'état intestinal de l'enfant.

Des radios sans préparation montrent d'ailleurs des énormes anses, monstrueuses remplissant tout l'abdomen, mais dont on ne peut reconnaître la topographie.

D'ailleurs l'enfant quitte BERCK le 7/8/52, son état intestinal primant sur son état osseux

En résumé, il s'agit d'un enfant qui présente des malformations congénitales, malformations vertébrales et malformations intestinales

Nous pensons qu'il est logique de faire un rapprochement de cette association.

-----



## ETIOLOGIE DU DOLICHO-COLON

---

Au cours de ces observations, le fait essentiel qui nous a frappé est l'existence de dolichocolon. Nous pensons intéressant de préciser les données étio-pathogéniques du dolicho-colon.

Il faut séparer d'emblée des autres dolicho-mégacolons la maladie de Hirschprung, qui constitue un tableau anatomo-clinique bien spécial. Nous ne l'avons rencontré qu'une fois (Obs. n°15). Le tableau était typique :

Constipation opiniâtre et extraordinaire, ce malade n'allant à <sup>la</sup> selle qu'une fois par semaine et jamais spontanément. Son abdomen était énorme, déformant la silhouette, avec un météorisme considérable.

Cet enfant était affligé de multiples malformations de la colonne dorsale hémivertèbres au niveau de C7, D1, D2. Dans ce cas il semble évident qu'il s'agissait d'une anomalie congénitale associant maladie de Hirschprung et malformation congénitale vertébrale.

Dans nos autres observations il s'agit à notre avis de dolicho-mégacolons fonctionnels.

Les diverses observations de dolicho-mégacolon fonctionnel que nous avons pu retrouver dans la littérature nous montrent que l'on peut retenir comme étiologie de cette maladie, deux grandes causes : lésions des centres nerveux, et déséquilibre endocrinien.

On a relaté aussi des observations <sup>/de</sup> dolicho-colon au cours de la toxicomanie où l'action pharmacodynamique de la morphine explique très bien la possibilité de distension des fibres coliques.

Des dilatations du colon ont été retrouvées aussi chez des parkinsoniens traités par l'atropine à haute dose.

L'atteinte des centres nerveux comme le montre l'observation de Bensaude, Gain et Layani, peut aussi créer un déséquilibre vago-sympathique susceptible d'engendrer un dolicho-mégacolon

Dans cette observation il s'agissait d'un volumineux mégacolon qui se manifesta après une encéphalite à forme léthargique.

De cette observation il faut rapprocher celle de Feltkamps (2 cas de mégacolon chez des sujets atteints d'affections de la moelle)

celle de Pende et Pici (mégacolon associé à une gliomatose diffuse de la moelle)

celle de Finkelstein (mégacolon et syphilis de l'axe cérébro-spinal)

celle de Hess (mégacolon au cours d'une tumeur de la moelle).

Le mécanisme d'action pourrait être le suivant :

L'atteinte des centres nerveux entraîne des lésions du système vago-sympathique, d'où réaction colique fonctionnelle. L'autre grande étiologie semble être les troubles endocriniens. Les dolicho-mégacolons au cours de l'insuffisance thyroïdienne sont bien connus, nous en avons d'ailleurs nous-mêmes une observation (Obs. n°2)

Chiray a rapporté dans son ouvrage sur le dolicho-colon l'association d'un dolicho-colon et d'un diabète insipide.

Une observation de Carnot relate un dolicho-mégacolon associé à une tumeur hypophysaire.

Un cas de dolicho-mégacolon fonctionnel au cours d'un syndrome d'insuffisance hypophysaire vient d'être rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon (20/12/54)

Un cas léger d'infantilisme hypophysaire a d'ailleurs été relaté dans une de nos observation (Obs. n°9)

Ainsi on retrouve fréquemment comme cause du dolicho-mégacolon un déséquilibre endocrinien.

Une autre particularité de cette étiologie endocrinienne est la possibilité d'amélioration du dolichocolon par l'opothérapie.

Cette étiologie nous semble très intéressante car si nous étudions nos cas de dolicho-colons nous voyons que dans nos observations nous recueillons :

4 épiphysites (Obs n° 3-6-7-10)

2 Coxa plana (Obs n° 2-8)

2 scoliozes essentielles (Obs. n° 1-9)

Parmi les coxa plana, l'une est myxoédémateuse certaine (Obs. n°2) et dans ce cas l'étiologie du dolicho-mégacolon nous semble évidente.

Dans nos observations d'épiphysite nous retrouvons aussi des troubles endocriniens, obésité, retard intellectuel, puberté tardive (Obs. 7 et 3)

Dans une de nos scoliozes essentielles, la malade a aussi des troubles endocriniens très nets (Obs. n°9)

Il nous semble donc que dans ces maladies de croissance ; l'association de dolichocolon et de troubles trophiques n'est pas une simple coïncidence mais peut s'expliquer par une même étiologie.

La maladie est un tout, et il ne nous semble pas que l'on puisse traiter les lésions trophiques osseuses, seules sans y associer le traitement du dolicho-mégacolon.

## LES SIGNES CLINIQUES DU DOLICHO-COLON

---

Les trois signes cliniques principaux et classiques du dolicho-colon sont :

La constipation, l'aérocolie et les crises douloureuses aiguës.

La constipation est d'un type spécial, il ne s'agit pas d'une constipation spasmodique que nous n'avons rencontrée que dans un seul cas (Obs. n°9) mais bien plutôt d'une constipation atonique aboutissant au bout de 2 à 3 jours parfois plus (Obs. n°6) à une véritable débâcle intestinale.

Cette constipation atonique est un signe capital et doit à notre avis attirer l'attention, surtout chez l'enfant, où elle n'est pas fréquente.

L'aérocolie, qui se manifeste par le ballonnement et le météorisme, est avec la constipation le signe le plus constant. Elle paraît surtout marquée pendant les crises de constipation. Le météorisme est le plus souvent sous-ombilical parfois il est plus marqué du côté gauche. Par ces caractères il se différencie facilement du ballonnement des aérophagies.

La palpation révèle une sensation de résistance plus ou moins élastique, on est presque toujours frappé par la minceur de la couche graisseuse sous-cutanée, et la paroi musculaire apparaît mince, fragile peu tonique, Il nous semble que l'on puisse attribuer cette aérocolie à l'abondance des fermentations que l'on retrouve en général chez ces malades.

Le troisième grand signe rencontré est l'existence de crises douloureuses aiguës.

Nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs, elles sont importantes à connaître et elles peuvent souvent faire errier le diagnostic, faire penser à une urgence chirurgicale.

Leur début est souvent brusque, parfois brutal, il s'agit de douleurs abdominales avec sensation de torsion, de coliques très violentes. Elles s'accompagnent d'un état nauséux, d'une petite élévation thermique/

L'examen de l'abdomen le montre alors météorisé au maximum, tendu, à la palpation on ne trouve pas de point douloureux précis mais une douleur diffuse. Une telle crise est continue avec des exacerbations paroxystiques

Ces crises cèdent en général par l'émission de selles abondantes et de gaz. L'évolution d'une telle crise dure de 4 à 12 h, la fin peut en être hâtée par la thérapeutique.

Si l'on ne connaît pas l'existence du dolicho-colon, on peut penser à une appendicite, surtout s'il existe des nausées, des vomissements qui peuvent être associés à une petite élévation thermique.

Cependant il n'y a pas de défense localisée, pas de point douloureux fixe, mais il faut noter la possibilité d'association de dolicho-colon et d'appendicite chronique comme nous l'avons vu dans l'observation n° 6.

-----

## LES SIGNES RADIOLOGIQUES DU DOLICHO-COLON

---

La radioscopie faite pendant l'administration du lavement complétée par la radiographie, constitue un moyen rapide et certain de reconnaître le dolicho-colon. Le patient doit être préparé par une évacuation préalable et soignée du gros intestin.

En pratique nous donnons un lavement évacuateur d'eau bouillie tiède la veille au soir et un autre le lendemain quelques heures avant le lavement baryté. Nous donnons le lavement baryté en decubitus dorsal au début, puis dès que le colon gauche s'injecte, nous passons en decubitus ventral ce qui permet au colon transverse de mieux s'injecter car il n'est plus en saillie sur la colonne vertébrale.

La radioscopie permet de suivre la progression du liquide opaque, elle montre les courbures de l'intestin, elle permet de se rendre compte des spasmes localisés dus à la colite.

Lorsque tout le colon est injecté nous tirons un cliché en decubitus ventral, puis nous tirons un deuxième cliché 1/2 h. après évacuation.

### Siège du dolicho-colon :

Nous avons constaté la grande fréquence de la localisation du dolicho-colon au niveau du sigmoïde, nous le retrouvons dans la moitié de nos observations.

Nous avons retrouvé aussi un dolicho-transverse total associé au dolicho-sigmoïde (Obs. n°14) un cas de dolicho-colon généralisé (Obs. n°6).

### Association du mégacolon au dolicho-colon :

Pour certains auteurs le dolichocolon est un allongement sans augmentation de calibre. Dès qu'existerait une distension de l'anse intéressée il s'agirait de mégacolon.

D'autres auteurs admettent des formes de transition sous le nom de dolicho-mégacolon.

Notre expérience nous a montré que le calibre des dolichocolons paraît extrêmement variable, et au cours d'un examen radiologique il se trouve tantôt normal, tantôt augmenté, nous pensons qu'il s'agit de troubles du tonus et nous avons remarqué la grande facilité de distension que possèdent ces malades. L'atonie prédomine grandement dans les dolichocolons sur l'hypertonie et la spasmodicité que nous n'avons rencontrées qu'une fois -(Obs n°9)-

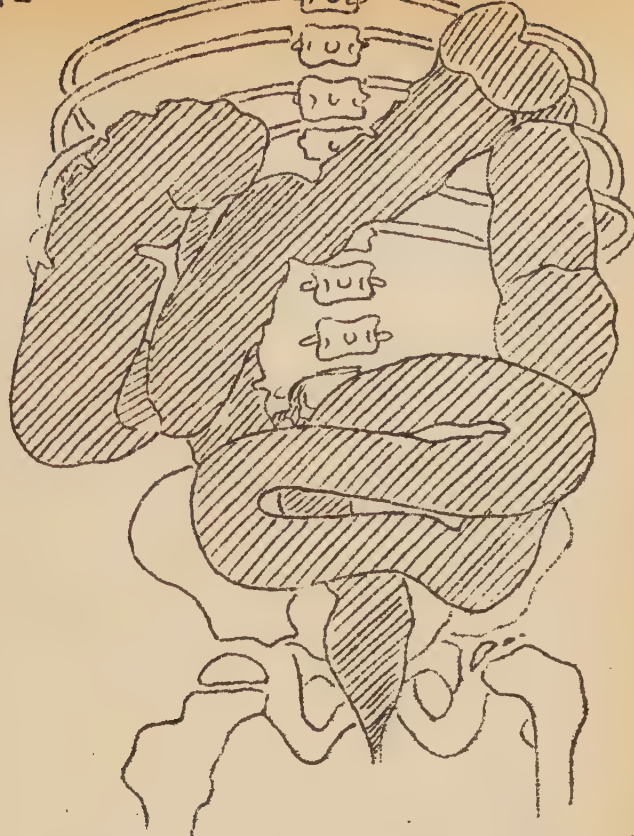
Cependant malgré les restrictions sur l'atonie des dolichocolons expliquant leur facilité de distension nous pensons qu'il peut exister de véritables dolicho-mégacolon -(Obs n°6) -

En terminant ce chapitre, nous voudrions insister sur la fréquence très grande des dolicho-sigmoïdes qui semblent la principale localisation des dolicho-colons.

-----



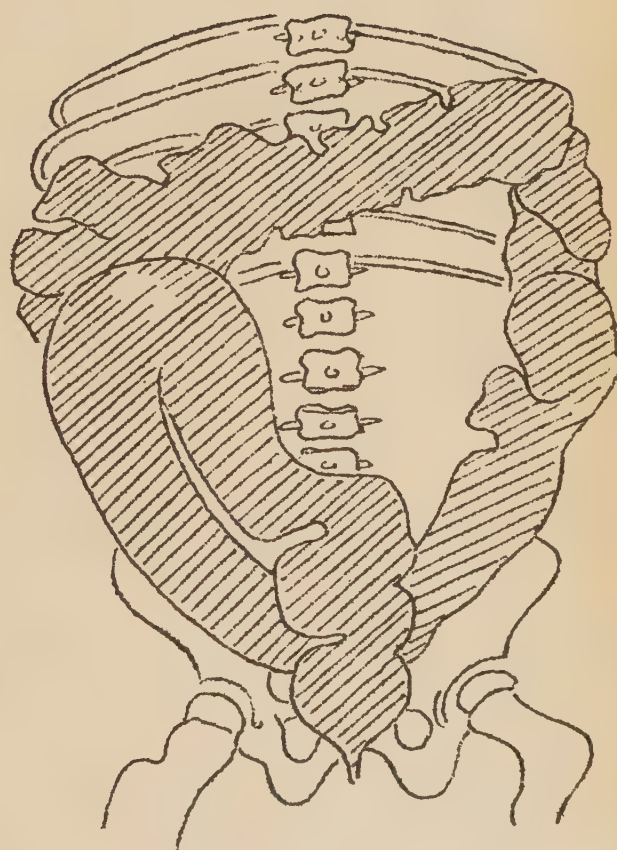
CAU ... Jannick Observation N°1



RISP ... Madeleine Observation N°2



Paizma Observation N°8



GEF ... Marie-Françoise Observation N°



## DOLICHO-COLON ET VOMISSEMENTS ACETONEMIQUES

---

L'association de dolicho-colon et de vomissements acétonémiques a déjà été signalée par CHIRAY.

Nous l'avons rencontrée très fréquemment et chez nos malades elle existe à peu près dans un tiers des cas (Observation n° I-2-11-10)

En général la période de vomissements coïncide avec une crise douloureuse aiguë. L'intensité des vomissements jointe à la douleur abdominale peut faire errer le diagnostic. La présence des corps acétonémiques dans les urines n'est pas un signe suffisant, croyons nous, pour faire porter le diagnostic de vomissements acétonémiques. Mais en général, l'existence de crises antérieures et l'aspect déshydraté bien spécial du malade, l'absence d'atteinte de l'état général, sont de bons éléments de diagnostic.

Parfois le tableau est beaucoup plus grave, dans un cas (Obs. n°1) il existe des signes méningés qui nous ont amené à vérifier l'état du liquide céphalo-rachidien (il était d'ailleurs normal).

CHIRAY signale l'existence de dolicho-colon se manifestant uniquement par des vomissements périodiques avec acétonémie. Nous pensons qu'il existe toujours d'autres signes chroniques évocateurs du dolicho-colon.

L'existence de vomissements acétonémiques survenant au cours de crises douloureuses du dolicho-colon ne modifie pas essentiellement la conduite à tenir. Il suffit d'appliquer la thérapeutique des vomissements acétonémiques conjointement à celle des dolicho-colons. Cependant dans un cas (Obs n°1) l'existence d'une colite de fermentation qui nous obligeait à diminuer l'apport hydrocarboné, nous a paru favoriser l'apparition de vomissements périodiques.

-----



## DOLICHO-COLON ET RACHITISME

---

Les troubles intestinaux dans le rachitisme sont connus depuis longtemps, de nombreux auteurs ont insisté sur ce point.

Pour la plupart ils sont à la base même du développement de cette dystrophie osseuse. Parmi les deux facteurs alimentaires et hygiéniques, qui peuvent modifier l'absorption phosphocalcique, le facteur alimentaire nous semble primordial. Le mode d'alimentation a une certaine valeur et l'on voit la rareté du rachitisme chez les enfants nourris au sein. Par contre chez les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel il est fréquent de rencontrer des erreurs alimentaires entraînant des troubles digestifs. Ces erreurs sont parfois évidentes chez les enfants mal ou insuffisamment nourris et présentant de ce fait de la diarrhée chronique, des vomissements répétés, facteurs de dénutrition. Mais bien souvent le trouble alimentaire est plus discret et demande à être recherché; c'est le cas de certains enfants de classe aisée soumis à une suralimentation déséquilibrée, régime monotone trop riche en lait et en farine, légumes mal écrasés, d'où mauvaise absorption des sels minéraux et surtout colite chronique.

Nous pouvons dire que les 4/5 des enfants rachitiques soignés à BERCK présentent des troubles digestifs. Il s'agit en général d'une diarrhée chronique difficilement jugulable.

L'existence chez certains de ces enfants d'abdomen volumineux, de crises douloureuses abdominales, de diarrhée post-prandiales nous a incité à faire des lavements barytés.

Ceux-ci nous ont montré dans un grand nombre de cas l'existence de dolicho-colons et de signes de colite (Observation n° 4-5-11-12-13-14)

L'examen des selles nous a confirmé l'existence en général de colite de fermentations. Nous pensons que la présence chez ces malades de dolicho-colon n'est peut être pas une simple coïncidence, d'autant que nous allons voir un peu plus loin, la colite être la grande complication du dolicho-colon.

La plupart des auteurs pensent d'ailleurs qu'à côté des facteurs alimentaires et hygiéniques, ce dernier expliquant la carence solaire, il faut faire place à d'autres facteurs. Ils pensent qu'il existe incontestablement à côté

des infections chroniques extra-intestinales, infections du rhino-pharynx, de la peau, dont le rôle ne peut être qu'accessoire, un élément constitutionnel expliquant le déclenchement du rachitisme. Sans vouloir faire du dolicho-colon dans le rachitisme l'essentiel de ce facteur déclenchant, ne peut-on penser que le dolicho-colon n'a pas une part dans le déclenchement de colite chronique que nous retrouvons en premier lieu chez tous les rachitiques ?

---

## LA COLITE, GRANDE COMPLICATION DU DOLICHO-COLON

---

Nous pensons que le dolicho-colon, par l'obstacle qu'il entretient au niveau de l'intestin, est un grand facteur de colite. La plupart de nos enfants présentent au bout d'un certain temps, si leur régime n'est pas adapté, des signes de colite.

Nous ne pensons pas d'ailleurs, qu'il faille séparer d'une façon étroite la colite droite de la colite gauche. En général il y a colite gauche et stase droite.

Au point de vue clinique, la stase droite est bien supportée ; ces enfants ne se plaignent pas de leur fosse iliaque droite. L'examen la montre souvent gargouillante, mais en général peu douloureuse. Par contre la palpation de la fosse iliaque gauche la révèle douloureuse, parfois on palpe même le colon spasmodique. (Obs. n°9) L'étude clinique du transit montre qu'il s'agit en général d'une constipation avec période de débâcle. La radiologie révèle des aspects indiscutables de colite :

une perte des haustrations donnant une image tubulaire particulièrement nette sur le colon gauche et même sur le transverse.

Parfois on peut rencontrer (Obs n° 4 et 3) une diminution du calibre ou micro-colie qui est le stade plus évolué du précédent.

Nous n'avons jamais remarqué certaines anomalies des bords (aspects dentelés, spiculaires) témoins d'un processus érosif ou proliférant.

Associés à ces signes de colite siégeant sur le colon gauche nous avons constaté, dans presque la plupart des cas, un retard à l'évacuation des lavements, et une stase intestinale certaine.

La stase est en général droite et s'accompagne d'un reflux par la valvule de Bauhin, visible sur les clichés sur évacuation.

L'examen coprologique :

nous a souvent déçu, nous n'avons jamais retrouvé de signes de colite grave avec présence de mucus, d'albumine soluble, de pus, de leucocytes, mais nous pensons que ces signes sont le fait de colites graves déjà très évoluées.

Par contre, dans presque tous les examens demandés, nous avons constaté l'existence de fermentations et de putréfactions très exagérées.

Nous pensons avec Goiffon, que ces cas sont symptomatiques de colite généralement toxiques et spécialement tenaces ;

il est vraisemblable qu'un excès primitif de fermentation irrite à la longue la muqueuse et provoque l'hypersécrétion de mucus de nucléo-albumines qui forment un milieu favorable aux putréfactions.

Ce dysmicrobisme total (Goiffon) explique l'augmentation des putréfactions et des fermentations, les unes ne prédominant pas nettement sur les autres, mais les deux processus se déchainant sans fin. Le traitement de telles colites est très difficile puisqu'il faudrait à la fois diminuer les aliments qui fermentent et ceux qui putréfient.

La colite demeure à notre avis la grande complication du dolicho-colon. Il s'agit en général de colite gauche avec stase droite.

-----

## DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

De notre étude, il ressort l'importance de traiter les troubles intestinaux dans les maladies de croissance.

### Le traitement du dolicho-colon :

L'étiologie du dolicho-colon et des maladies de croissance étant à notre avis commune et due à un déséquilibre endocrinien, il importe d'essayer de corriger ce déséquilibre.

Lorsque l'on peut mettre en évidence une étiologie thyroïdienne nette, il faut traiter le malade par de petites doses d'extrait thyroïdien.

Lorsque le déséquilibre paraît être pluri-glandulaire, nous pensons qu'il y a lieu d'instituer une opothérapie polyvalente en associant extrait thyroïdien, hypophysaire et thymique

par exemple chez un enfant d'une dizaine d'années :

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Extrait d'antehypophyse | 0,20 g |
| Extrait thymique        | 0,10 g |
| Extrait thyroïdien      | 0,05 g |

### Le traitement de la constipation au cours du dolicho-colon :

Nous pensons que les médicaments cholinergiques n'ont qu'une action momentanée, inconstante. Ils se comportent plutôt comme de simples pilules laxatives avec possibilité semblable d'irritation.

Le meilleur traitement nous paraît être constitué par l'ensemble mucilage pur à forte dose, associé à l'huile de paraffine.

L'action est lente et mécanique, et en général les malades ne s'y accoutument pas. Il ne faut pas chercher à obtenir une selle tous les jours, mais tous les 2 ou 3 jours, ce qui nous semble suffisant. La selle peut être provoquée par un suppositoire à la glycérine, plutôt que par lavements qui sont à la longue irritants.

### Le traitement des crises douloureuses aiguës :

Dans ce cas, il faut associer moyens mécaniques et pharmacodynamiques. En général le sulfate d'atropine à la dose de un quart de milligramme diminue les douleurs.

Il faut associer, une bouillotte chaude sur l'abdomen et un lavement évacuateur hypertonique salé. Ce dernier en général fait cesser la crise douloureuse et ramène des matières et des gaz.

L'importance du régime nous paraît aussi capitale. Il faut supprimer les féculents, haricots surtout, donner les légumes en purée et finement écrasés, diminuer le plus possible l'apport de cellulose, génératrice de fermentation et de colite.

Il faut un régime varié, avec le moins possible de résidus alimentaires, de la viande sans excès : viande grillée sans sauce.

#### Le traitement des vomissements acétonémiques :

Pendant la période de vomissements où il existe une intolérance alimentaire absolue, il faut se garder de vouloir alimenter de force le malade. Il faut se contenter de petites quantités d'un mélange d'eau sucrée et bicarbonatée glacée.

Lorsque l'intolérance gastrique paraît terminée, lorsque les corps acétonémiques disparaissent des urines, il faut reprendre lentement l'alimentation. Il faut, à notre avis, donner d'abord des aliments d'une certaine consistance, nutritifs sous un petit volume, le fromage (fromage de gruyère) nous paraît, associé à la purée de pommes de terre très épaisse, la meilleure alimentation. Au bout de 2 ou 3 jours, parfois moins, on peut en général reprendre une alimentation normale en restreignant les protides et les lipides pendant quelques temps.

Dans les cas graves, on est parfois obligé de recourir à la voie parentérale (sérum glucosé et bicarbonaté I.V.) qui nous paraît meilleure que la voie rectale génératrice de choc.

#### Le traitement des colites :

Nous n'avons eu à traiter que des colites de moyenne gravité sans altération importante de la muqueuse intestinale. Il s'agit en général de colite de fermentation, plus rarement de colite de putréfaction, enfin souvent nous avons constaté une augmentation parallèle des putréfactions et des fermentations.

En cas de colite de fermentation :

Le régime sera à base de viande ou de poisson, de fromage, de matières grasses beurre ou huile végétale surtout.

Il comportera en outre, une quantité modérée de féculents légers, farines de froment en bouillies et en entremets, riz, gelées de fruits, pâtisseries légères pain rassis grillé.

Les autres farineux ne seront réintroduits que très progressivement.

Nous donnons aussi volontiers du carbonate de chaux, une cuillère à café 1/2 h. avant le repas dans un peu d'eau.

**En cas de colite de putréfaction :**

La viande, le poisson; les oeufs, le lait étant mal tolérés ainsi que les aliments riches en cellulose, le régime sera composé uniquement de farineux raffinis en bouillies à l'eau, de pommes de terre bien cuites de riz, de semoule, pâtisseries légères, de confitures, gelées de fruits, Yoghourt, pain rassis grillé, beurre. On ajoutera progressivement et très prudemment des oeufs incorporés aux farineux, de la viande grillée, des poissons maigres.

**A ce régime on associera :**

des ferments lactiques, du charbon animal, et des poudres inertes : talc, kaolin ; nous n'employons pas le bismuth chez l'enfant.

Lorsque les putréfactions et les fermentations sont associées le régime est très difficile à établir, nous pensons cependant qu'il faut essayer en premier lieu d'empêcher l'augmentation des fermentations, les putréfactions semblant secondaires.

**Traitement des troubles intestinaux au cours du rachitisme**

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une colite de fermentation traitée par le régime ci-dessus. S'il y a dolicho-colon nous empêchons la stase intestinale génératrice de colite de s'installer en luttant contre la constipation atonique, mais la plupart du temps il est rare de trouver chez des rachitiques un dolicho-colon pur, en général il est déjà au stade de colite.

En terminant ce chapitre thérapeutique, nous voudrions insister sur le point suivant :

La faiblesse de la musculature abdominale est constante chez les porteurs de dolichocolons ; nous avons constaté que la gymnastique abdominale en développant la musculature était un facteur d'amélioration, chez ces malades à paroi musculaire déficiente.

-----



## CONCLUSION

---

L'existence de troubles digestifs dans les maladies de croissance nous paraît un fait certain. Ces troubles digestifs, s'ils sont négligés, nous semblent capables d'allonger la maladie ou tout au moins de la rendre encore plus désagréable aux malades.

Les lavements barytés nous ont permis de reconnaître dans un nombre important de cas que le support anatomique de ces troubles digestifs était le dolichocolon. Ce fait nous a paru au point de vue étiologique et thérapeutique, intéressant. En effet la plupart des auteurs pensent que l'origine des épiphysites vertébrales, des coxa plana doit être recherchée dans un dysfonctionnement endocrinien. Dans une grande majorité des cas il semble bien que, soit pendant, soit avant l'apparition des lésions locales l'équilibre hormonal se rompt entraînant au niveau des zones prédisposées des manifestations ostéogéniques anormales.

Souvent on rencontre une épiphysite ou une coxa plana sur un terrain thyroïdien, adiposo-génital ou acromégalique fruste.

Ces faits ont été soulignés en particulier par Mr DELAHAYE de BERCK.

Or, précisément, le dolichocolon se développe dans une grande majorité des cas chez des endocriniens ; l'exemple le plus typique est le dolicho-colon des myxoedémateux. Pour nous, dolicho-colon et maladies de croissance sont intimement associés dans leur étiologie.

Cette analogie étiologique nous semble avoir une conséquence thérapeutique, l'intestin doit être soigné au même titre que la lésion osseuse.

Cette dernière se trouve alors dans les meilleures conditions possibles pour réagir favorablement au traitement. L'opothérapie glandulaire ne doit pas être négligée et il faut s'acharner chez de tels malades à rechercher une insuffisance glandulaire génératrice, et des troubles trophiques et des troubles intestinaux. Si ces derniers sont en effet négligés, on risque de voir apparaître la colite chronique avec toutes ces conséquences.

En outre cette étude nous a permis de reconnaître un nombre important de dolicho-colons chez des rachitiques et nous pensons que la recherche systématique du dolicho-colon chez l'enfant et son traitement avant l'apparition des troubles colitiques pourrait avoir sa place dans la prophylaxie du rachitisme.



Vu : Le Président de Thèse :

Monsieur le Professeur

Marcel FEVRE

Vu : Le Doyen de la Faculté

de Médecine de Paris :

Monsieur le Professeur

L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH



# B I B L I O G R A P H I E

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

- Le dolichocolon, clinique - radiologie- thérapeutique  
M. CHIRAY A. LOMON & R. WAHL,  
MASSON & Cie, Editeurs
- Xème Congrès des pédiatres de langue française  
Discussion du rapport de : MM. P. REOMER et A. VALLETTE  
et BOPPE,  
MASSON & Cie, Editeurs.
- Revue de chirurgie orthopédique,  
Tome 39 - n°5-6 Octobre-Décembre 1953  
MASSON & Cie Editeurs.
- Manuel de coprologie clinique  
R. GOIFFON  
MASSON & Cie Editeurs
- Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson  
Bernard DUHAMEL  
MASSON & Cie Editeurs
- La presse médicale - 25 Juillet 1942  
A propos du mégacolon, par MM HILLEMAND, Ch.DURAND  
P. & R. NAPLAS
- Bulletin médical - 1er Février 1936  
L'épiphyssite vertébrale de l'adolescent  
par A. DELAHAYE (de Berck)
- La France Médicale - Octobre 1946, par M.H. BOISSIERE
- La Semaine des Hôpitaux de Paris,  
26ème année n°72 - 30 septembre 1950
- Le dolichocolon et ses crises douloureuses aiguës  
par G. HUTET
- Journal de Médecine de Lyon  
Le dolichocolon observé à CHATEL GUYON, par G.HUTET.
- L'Alimentation dans les maladies de l'appareil digestif  
par E.MAISON  
Editions : R. LEPINE, PARIS.

--:--:--:--:--





